

記入方法

提出者記入欄 : 事業所記号は、下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号を記入してください。

事業所 記号	1	2	3	4
-----------	---	---	---	---

①被保険者番号 : 資格取得時に払い出された被保険者整理番号を、必ず記入してください。

②氏名 : 氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。

③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

○昭和 7.平成	年	月	日
6	3	05	03

④喪失年月日 : 下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の当日 雇用契約の変更の当日
死亡による資格喪失	死亡日の翌日
75歳到達による健康保険の資格喪失	誕生日の当日
障害認定による健康保険の資格喪失	認定日の当日

⑤喪失(不該当)原因 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。退職・死亡の場合は、その当日の年月日を()内に記入してください。

4. 退職等	退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合
5. 死亡	死亡した場合
7. 75歳到達	75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
9. 障害認定	65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合

⑥備考 : 必要に応じて記入してください。

⑦証回収等 : 被扶養者欄は、資格喪失時に被扶養者がいる場合は「有」を○で囲み、人数を記入してください。
証回収欄は、回収した枚数を「添付」、回収できなかった枚数を「返不能」にご記入ください。
なお、返不能の場合は、「健康保険資格確認書回収不能届」をご提出ください。